



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

269/27 - DOCTORA, SI ME TRASFUNDO, ¿ME CURARÉ?

S. Rodrigo Brualla^a, L. Brioso Castillo^b, A. Martínez García^c y M. Guevara Salcedo^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María de Guzmán. Alcalá de Henares. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Juan (nombre ficticio) es un paciente de 85 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica revascularizada, EPOC Gold D, polimialgia y reumática fumador activo. En analítica previa, hace 5 años, PSA de 10 y hace 2 años de 20. Tacto rectal: próstata volumen II/IV, con consistencia global aumentada. Se derivó a Urología, pero el paciente no acudió a la cita. Acude a consulta de primaria por astenia marcada y lumbalgia de unas tres semanas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Palidez mucocutánea, TA 110/60, auscultación normal y exploración abdominal sin alteraciones significativas. Acusa apofisalgias positivas a la palpación en L4 y L5, con limitación de la flexión anterior lumbar. Puntos ciáticos negativos. Analítica: leucocitos 5.600, hemoglobina de 8,6, VMC 85, hematocrito 26,5. B12 287, ácido fólico 16,9, hierro 38, ferritina 3.544, transferrina 113. Iones normales, creatinina 1,10, calcio 10,5, albúmina 3,2. PSA 125 ng/ml. Fosfatasa alcalina 1.550. Radiografía de columna lumbar: fractura patológica de cuerpo vertebral en L4, lesión osteolítica en L5, con importante degeneración artrósica generalizada. Se deriva al servicio de Urología de nuevo, de forma preferente, que completa el estudio con: TAC tóraco-abdominal: imagen compatible con tumor maligno en lóbulo derecho prostático. Imágenes compatibles con metástasis óseas de características osteolíticas a nivel de pelvis derecha, L5 y en quinto y octavo arcos costales izquierdos. Fractura patológica en L4. Gammagrafía ósea: captación a nivel prostático e iguales localizaciones óseas que el TAC. No se llegó a realizar biopsia por la comorbilidad del paciente.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de próstata estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Proceso neoplásico abdominal (intestinal o gástrico), neoplasia ósea primaria, neoplasia pulmonar, enfermedad de Paget. A nivel prostático (PSA): hipertrofia benigna, prostatitis crónica, tuberculosis prostática, cálculos prostáticos.

Comentario final: Juan recibe diez sesiones de radioterapia en L5 para control de dolor, y es remitido a ESAPD para seguimiento. La familia de Juan ha decidido establecer un pacto de silencio y no permite que se hable con él sobre la enfermedad ni sobre su pronóstico. Pasa el día encamado por el cansancio y ya ha recibido dos transfusiones por hemoglobinas de 6,5 y 7,2 respectivamente. Se plantea con la familia la posibilidad de no volver a trasfunder, dado que clínicamente no le repercute en ninguna mejoría y las transfusiones tienen un rendimiento de unos 5-7 días. La familia no acepta la situación y se niega a interrumpir el tratamiento, llevándolo en dos ocasiones a Urgencias por astenia (allí es transfundido de nuevo

por hemoglobinas límite). Juan expresa reiteradamente su deseo en encontrarse mejor, y un día pregunta “Doctora, si me transfundo, ¿me curaré?”. El principio de autonomía nos obliga a explicarle, pese a las interrupciones de los familiares, la situación actual y el pronóstico y lo que pasaría en caso de no volver a transfundirse. Él, con plenas capacidades cognitivas, y, ahora sí, con la información necesaria, decide que no quiere recibir ningún tratamiento más que no sea analgesia. Falleció dos semanas después. En el caso de Juan posiblemente no se estaba alterando sólo el principio de autonomía, sino también el de beneficencia y el de justicia, ya que dada la afectación ósea, las transfusiones no estaban siendo efectivas, y por lo tanto tampoco estarían indicadas. El tratamiento y seguimiento del paciente paliativo es complejo y requiere una extrema atención y cuidado de los aspectos bioéticos. Para los profesionales supone un ejercicio tenaz de humanización del sufrimiento y de la muerte, y requiere una reafirmación constante de la empatía como forma de comunicación con el paciente.

Bibliografía

1. Initial staging and evaluation of men with newly diagnosed prostate cancer. 2017. Disponible en: http://bvcscmupt.madrid.org:7777/contents/initial-staging-and-evaluation-of-men-with-newly-diagnosed-prostate-cancer?source=search_result&search=adenocarcinoma%20pr%C3%B3stata&selectedTitle=2~136
2. León Correa FJ, Simó Ludwig Schmidt RM, Anguita V. Análisis de casos ético-clínicos. Santiago de Chile, Felaibe, 2013.